

NOVO (?) MODELO ASSISTENCIAL DE SAÚDE

Claudia Santos

Universidade Estadual da Paraíba (UEPb)

Jordeana Davi

Universidade Estadual da Paraíba (UEPb)

Márcia Santos Martiniano

Grupo de Estudo, Pesquisa e Assessoria em Políticas Sociais (GEAPS) - UEPb

Teresa Cristina Péret

Universidade Federal de Campina Grande-Pb

Rosana Batista Farias Leite

Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande - Pb

NOVO (?) MODELO ASSISTENCIAL DE SAÚDE

Resumo: Reflexões sobre a busca por modelos assistenciais alternativos na saúde. Esses modelos vêm se acentuando nos últimos anos no país, frente ao quadro de crise instaurado no setor. No Brasil, o modelo de assistência centrado na estrutura médico-hospitalar esgotou suas possibilidades de resolver com eficácia a crescente demanda da população. Num cenário de conflitos acirrados por discordâncias ideológicas, em um ponto o consenso se estabelece: é preciso mudar o modelo de atenção à saúde. A proposta de organização de um novo modelo, baseado na reestruturação da atenção básica em saúde, tem orientado as mudanças e a estratégia definida pelo Ministério da Saúde, para implantação do Programa Saúde da Família (PSF). A construção de uma nova proposta de ordenação dos modos de vida e de atenção à saúde vem se constituindo, em todo o país, um grande desafio. O PSF é apresentado, a partir de 1994, como uma proposta estruturante capaz de aglutinar forças através de incorporação de novos segmentos sociais, na construção deste projeto político sanitário. As diferentes contribuições teóricas sobre o assunto conduzem ao entendimento de que é a arena de interesses construída no cotidiano que definirá o desenho técnico e instrumental do modelo assistencial de saúde desejado.

Palavras-chave: política de saúde, modelo assistencial, Estratégia Saúde da Família.

NEW (?) ASSISTANCE HEALTH MODEL

Abstract: The considerations presented in this article have the objective to provoke reflections about the search for alternative models of assistance in the Brazilian health public system, which has been demanding increasing changes in the last years in the country, considering the crisis installed in the health sector. The Brazilian health assistance model centered in the hospitals and physicians health care has failed to efficiently solve the increasing health demands of the population. In an area of incited ideological conflicts, a consensus is achieved: It is necessary to change the present model of health assistance. The proposal of a new model based on prioritizing basic health attention has guided the changes and the strategies defined by the Health Federal Ministry, that presented the Family Health Program (PSF) as a possibility of change. The implementation of a new model of health assistance has been a great challenge for the whole country. The PSF was presented in 1994 as a structural proposal capable of incorporating new social segments to the health assistance field, in the construction of this political sanitary project. The different researches contributions about this subject leads to the understanding that it can be perceived as a field of interests in which the consideration of the daily life of the Brazilian population is what will define the technical and instrumental drawing of the desired model of health assistance in the country.

Key words: health policy, assistance model, Health Family Strategy.

Recebido em 04.05.07. Aprovado em 25.08.2008.

1 INTRODUÇÃO

A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde e da Constituição Federal de 1988, com posterior regulamentação da Seção Saúde – Leis 8080 e 8142, de 1990 – uma nova direção vem sendo dada à política de saúde no Brasil. A integralidade da atenção é destacada em todos os debates, evidenciando uma questão prática e imediata: o que a população exige do Sistema Único de Saúde (SUS) é que ele seja capaz de atender aos problemas de saúde individuais e coletivos, cuidando da qualidade de vida/saúde e não apenas medicalizando as demandas da população como tradicionalmente se apresenta o modelo hegemônico.

No modelo vigente no país, predomina o caráter assistencialista e curativo. Centra-se na figura do médico, voltando-se mais para a doença. Nesse modelo, há grande fragmentação na atuação dos profissionais/trabalhadores de saúde, em alguns casos, precarizando as relações de trabalho.

O Programa de Saúde da Família (PSF) tem sido adotado pelo Ministério da Saúde desde 1994, como uma estratégia para reorientação da Atenção Básica, com potencial para alavancar mudanças no modelo assistencial de saúde, na direção dos princípios previstos no SUS.

Neste artigo, apresentamos algumas discussões acerca do entendimento sobre “mudanças no modelo assistencial”, evidenciando alguns consensos e dissensos no debate sobre essa relevante temática.

2 DESAFIOS IMPOSTOS À MUDANÇA DE MODELO ASSISTENCIAL NA SAÚDE NO BRASIL

A reflexão sobre modelos assistenciais de saúde não se constitui um exercício fácil, por envolver inúmeros determinantes, destacando-se, dentre outros, a sua concepção, aparato jurídico e seu sustentáculo técnico operacional, enfim, inúmeros componentes que respaldam a direção das práticas institucionais. Nesse sentido, a construção de um modelo passa por demonstrar o processo histórico no qual está sendo configurado. Como bem expressa Silva (1998, p. 66):

Perceber o modelo em saúde como tal, é compreender que sua construção é contínua e exige permanente esforço, que sua intencionalidade orienta a prática dos atores envolvidos, que por sua vez, com sua cultura, interesses, visões de mundo, vão dando organicidade no modo de ‘fazer saúde’.

A temática da organização dos serviços de saúde e as práticas de atendimento à população revestem-se, no Brasil, de uma importância estratégica. O

modelo de atenção à saúde predominante em nosso país, na maioria dos municípios brasileiros, não contempla as necessidades de saúde da população, estando ainda em desacordo com os princípios do SUS, embora registremos significativas experiências que têm avançado nesta direção (O SUS que está dando certo!).

O modelo prevalente, na maioria dos países capitalistas, estrutura-se na visão negativa de saúde, vinculando esse à doença e à morte. Nesse sentido, a saúde passa a ser entendida apenas como ausência de doença. Resulta daí o paradigma “flexneriano”, derivado de um relatório elaborado por um educador americano chamado Abraham Flexner que, em 1910, sistematiza o paradigma médico, estruturando respostas ao problema das doenças, qual seja, a política sanitária de atenção médica.

Esse paradigma é sistematizado através de um conjunto de elementos tais como: “individualismo”, “mecanicismo” e “especialismo”. Estrutura, como resposta para os problemas de saúde, a atenção médica e de outros profissionais (dentistas, enfermeiro, etc), medicamentos, exames, equipamentos, dentre outros. Nesse propósito, o “fazer saúde” passa a ser entendido como oferta de serviços de saúde, desconsiderando outros aspectos fundamentais (MENDES, 1995).

O SUS aprovado na Constituição Federal de 1988 é marcado pelo paradigma da produção social da saúde. Sob essa perspectiva, a saúde não é vista apenas como ausência de doença, no sentido tradicional. Significa também a possibilidade dos indivíduos atuarem, de produzirem sua própria saúde, seja mediante cuidados tradicionais, seja por ações que influenciem o seu meio. Requer ações políticas que impliquem na redução de desigualdades, cooperação intersetorial, participação efetiva, ou seja, no exercício da cidadania.

A teoria da produção social possibilita o rompimento com a setorialização da realidade. A produção social da saúde

[...] além de dar conta de um estado de saúde em permanente transformação - porque possível de acumulação e desacumulação [de novos recursos, não só econômicos, mas também recursos de poder, valores ou conhecimentos] - permite a ruptura com a idéia de um setor saúde, erigindo-a como produto social resultante de fatos econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos (MENDES, 1996, p. 241).

Através desse referencial, buscam-se métodos adequados à realidade política que tornem mais eficientes as ações sociais e ambientes para a saúde e qualidade de vida. Procura-se, desta forma, abandonar o enfoque vertical e paternalista tradicional, apoiados no biologismo e mecanicismo. Supõe-se, por outro lado, o desenvolvimento de

novas relações com o Estado e com a Sociedade Civil e o desenvolvimento de habilidades profissionais inovadoras para implementar novas práticas.

Neste trabalho, adotamos a formulação de “modelo tecnoassistencial” defendida por Mehry e outros (1991, p. 84) que enfatiza:

Ao se falar de modelo assistencial estamos falando tanto de organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais [...] entendendo deste modo, que os modelos assistenciais estão sempre se apoiando em uma dimensão assistencial e em uma tecnológica para expressar-se como projeto de político articulado a determinadas forças e disputas sociais, damos preferência a uma denominação de modelos tecnoassistenciais, pois achamos que deste modo estamos expondo as dimensões chaves que o compõem como projeto político.

Esse conceito permite, no dizer de Silva Júnior (1998), sistematizar concepções de um mundo diante da problemática de saúde, assim como o debate em torno da superação **desta concepção ou abordagem**, especialmente na materialização de ações específicas, e das formas de organização para essa tarefa.

A concepção de saúde e doença constitui-se uma dimensão de grande relevância, na determinação da estruturação do modelo tecnoassistencial que se pretende adotar. Quanto maior sua capacidade explicativa, de fenômenos que interferem no estado de saúde, melhor será sua capacidade de formular alternativas de solução.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define que a saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença. Essa definição evidencia a complexidade do tema, conduzindo ao necessário aprofundamento desse significado, implicando a necessidade de intervenções interdisciplinares e intersetoriais, no sentido de viabilizar condições de vida saudável.

Assim, o processo saúde-doença passa a ser entendido como um processo social que se caracteriza pelas relações dos homens com a natureza e com outros homens (através do trabalho e das relações sociais, culturais e políticas), num espaço geográfico e num determinado tempo histórico (CHIAVENATO, 1985).

A garantia à saúde extrapola a esfera das atividades clínico-assistenciais, conduzindo a necessidade de um novo paradigma que incorpora a complexidade e abrangência do processo saúde-doença. Nesse sentido, como ressalta Dever (1988),

a promoção à saúde vem sendo validada como um paradigma alternativo aos enormes problemas de saúde e do sistema de saúde dos diferentes países.

Em 1986, a primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, aprovou a Carta de intenções de Ottawa, definindo promoção da saúde como

O processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente... Assim, a promoção à saúde não é responsabilidade exclusiva do setor da saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, 1996).

Esse conceito foi aprofundado posteriormente nas Conferências que se seguiram, resultando na Declaração de Adelaide (Austrália-1988), Declaração de Sundsvall (Suécia -1991) e de Bogotá (Colômbia-1992). Essas cartas reforçam a crítica à organização dos serviços de saúde, reafirmando sua responsabilidade no desenvolvimento de ações de promoção, além da oferta de serviços clínicos e de urgência (BRASIL, 1996).

Vaitsman, citado por Fleury (1997), questiona algumas abordagens das Ciências Sociais que reduzem a determinação das doenças à determinação das formas de organização da produção. Mesmo admitindo que as relações de classe, geradas no processo social da produção, determinem desigualdades, nas condições de vida e de saúde, a autora evidencia a existência de outros fatores, de igual relevância, como idade, cor, gênero, dentre outros, contribuindo para acentuar essas desigualdades.

Campos, citado por Fleury (1997), apresenta algumas considerações, com relação a um possível discurso da saúde coletiva que, para ele, “tresanda onipotência”. Reconhece o autor o inegável mérito de ações/enfoques pontuais como: em localidades onde a mortalidade infantil, ligada à desnutrição ou diarreia, é controlável; enfermidades preveníveis por vacinação. Esse mérito é reconhecível, considerando a ação de agente de saúde, intervenção na comunidade, atenção levada aos domicílios através de um número pequeno de médicos (alguns de família, outros pediatras, epidemiologistas, ou sanitaristas) e vontade política. Esses resultados “*emergenciais*”, como afirma o autor, são muito maiores quando se somam as outras iniciativas mais estruturais, como habitação e saneamento básico.

Campos (apud FLEURY, 1997) ressalta, entretanto, que certa visão reducionista pode levar à adoção positivista e mecanicista de determinação para o processo saúde-doença-intervenção. Recusa, com base nessas reflexões, a eleição de modelos ideais para a saúde, na qual ações que obtiveram sucesso no enfrentamento de alguns eventos produtores de enfermidades são transformadas em receitas para todos os processos. Nesse sentido, adverte o autor:

O resultado não tem sido o mesmo quando os danos à saúde são decorrentes da violência, por exemplo. Este estilo de programa pode pouco contra assassinatos em massa de jovens nas periferias das grandes cidades. Tampouco têm interferido para valer na gravidez precoce indesejada, ou no ciclo da AIDS, ou em acidentes de trabalho [...] São fatores de risco e enfermidades que exigiriam modelos mais complexos, intervenções mais crônicas e mais amplas (CAMPOS apud FLEURY, 1997, p. 117).

Acrescenta ainda:

Mesmo quando a saúde coletiva atribui ao social à determinação básica, ela o faz cristalizando esta linha de condicionamento. [...] faz-se a suposição de que somente por meio da eliminação de um fator que originou um perfil de enfermidade, se conseguiria modificar este perfil. O que não é verdade [...] os resultados sanitários [positivos de ações com enfoques pontuais desenvolvidas em alguns municípios como Quixadá, no Ceará ou Olinda em Pernambuco, citados pelo autor] [...] confirmam esta crítica. Não houve mudança significativa dos padrões de distribuição de renda naqueles municípios e, mesmo assim, houve modificação da mortalidade infantil e da incidência de pólio ou de sarampo. Parece reacionário admitir isto. Creio que mais conservadora ainda é a postura que se recusa a reconhecer os clamores do empírico. Ela torna-se empecilho para toda e qualquer reelaboração teórica, transformando ferramentas de intervenção em dogmas imutáveis e, portanto, inúteis na maioria das situações. Não reconhecer e não analisar evidências mata o espírito crítico e a criatividade de inventar novas formas de intervenção (CAMPOS apud FLEURY, 1997, p. 117-18).

Com relação à proposta de mudança de modelo assistencial, Cordeiro (1996, p. 12) afirma que deve

ser coerente com as demandas resultantes da transição demográfica e da heterogeneidade da configuração epidemiológica da população brasileira. A diversidade dos padrões epidemiológicos e demográficos regionais e sociais, marcados pela estrutura da desigualdade da sociedade brasileira, requer do SUS que as respostas às demandas sejam rápidas e ajustadas às condições locais e regionais, respeitadas as políticas públicas nacionais. O novo modelo proposto, segundo o autor, deve garantir coerência com princípios da “Reforma Sanitária”, referente aos objetivos de equidade das políticas de saúde, bem como da integralidade das ações.

O PSF deve, nesse propósito, ser difundido, tornando-se a prática hegemônica da saúde, nas redes de cuidados básicos e nos distritos ou sistemas de saúde. As ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde devem ser trabalhadas de forma indissociável. Outro desafio apresentado é a superação da fragmentação dos cuidados à saúde decorrente da divisão social e técnica do trabalho em saúde e da orientação prevalente das concepções estritamente biológicas do processo saúde/doença.

Necessário se faz que a prestação de serviços tenha continuidade, visando ao entendimento da totalidade das condições que determinam os problemas de saúde. Nesse sentido, “[...] preciso ordenar as práticas de saúde à descrição de famílias de acordo com as peculiaridades geográficas, sociais, culturais e epidemiológicas locais” (CORDEIRO, 1996, p. 13).

Destacamos, ainda, a importância de se assegurar a participação e o controle social, na prestação dos serviços de saúde, tornando transparentes as informações, tanto em relação às metas programadas, quanto em relação a recursos financeiros. O conceito de participação social não deve se limitar apenas aos canais institucionalizados tradicionais. Ao profissional-trabalhador e gestor de saúde cabe o desafio de romper com o ranço das antigas políticas que valorizam apenas os sujeitos afinados com os costumeiros jargões institucionais.

O modelo de produção da saúde deve perseguir enfoques que busquem o fortalecimento de organizações e entidades que já existam na comunidade, não recortadas por patologias (hipertensos, diabéticos, idosos, dentre outros), como polemiza Capistrano (1999, p. 94):

Não que estes grupos [segmentos] deixem de ser formados: eles o são na prática cotidiana e submetidos à lógica do atendimento, como no caso das unidades de saúde do PSF. E são [...] muito úteis. O que não se deseja é inventar formas de organização social, inspiradas nos recortes já citados, **artificiais** [confortáveis ao nosso fazer sanitário]. O programa [PSF] e, sobretudo os agentes

comunitários de saúde, que são parte integrante da população adscrita, antes devem trabalhar para organizar a parcela de sociedade agrupada num determinado território que é mais do que um espaço. Pois incorpora uma população com sua estrutura, sua história, sua cultura, suas organizações (grifo do autor).

A conformação do novo modelo exige ainda a formação e capacitação permanente dos trabalhadores da saúde, visando inclusive à ampliação das equipes, além da existência de mecanismos de referência e contra-referência. Requer a participação efetiva de especialistas na orientação diagnóstico/terapêutica, dando suporte às equipes do PSF. Estas são as condições complementares indispensáveis ao êxito da difusão e implantação do novo *modelo assistencial* que poderá vir a ser hegemônico.

Críticas têm sido dirigidas por alguns estudiosos aos sistemas de informação existentes em diferentes municípios, assim como os sistemas tradicionais adotados ao nível federal, por serem excessivamente centrados nos fenômenos de morbimortalidade, em geral insuficientes para informar sobre os determinantes da saúde, prejudicando, assim, a capacidade de agir sobre os mesmos.

No dizer de Santos e Westphal (1999, p.79-80),

[...] quando se utiliza indicadores adequados ao paradigma [proposto], elaborados para analisar o complexo de determinações de saúde expressas no nível macro e microepidemiológico, verifica-se facilmente que o trabalho de **vigilância a saúde** pode ser mais amplo e deve interagir saberes de práticas do setor da saúde, hoje confinadas em compartimentos isolados. Deve ser articulado com outros setores, entre eles, saneamento, habitação, drenagem, educação, trânsito, turismo (grifos dos autores).

Assim, a saúde passa a ser inserida, como campo do conhecimento, na ordem da intersectorialidade, “[...] o que está em plena coerência com o conceito de saúde como expressão da qualidade de vida” (MENDES, 1996, p. 241).

Esse novo paradigma tem sua prática sanitária, apoiada na vigilância à saúde. Atua-se sobre os produtos, os processos e insumos dos problemas e não apenas nos produtos finais do processo tais como: mortes, enfermidades e agravos. A vigilância volta-se para suspeitos, expostos, enfim, necessidades sociais de saúde. Essa prática amplia a atuação do paradigma anterior (*curativista*), procurando dar conta da globalidade do processo saúde-doença, orientado para a reformulação das práticas assistenciais e

coletivas. Parte-se do entendimento de que a saúde resulta de um conjunto de fatores políticos econômicos, sociais, culturais que se combinam de maneira particular, em cada sociedade e em conjunturas específicas, resultando em sociedades mais ou menos saudáveis.

Em decorrência do enorme crescimento do processo de urbanização, muitas vezes desordenado, e em consequência do dramático quadro de realidade urbana, a Organização Mundial de Saúde e suas agências regionais, a exemplo da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), vêm organizando um movimento internacional por *cidades saudáveis*. As primeiras iniciativas se evidenciam no Canadá, ganhando espaço através das ações da Organização Mundial de Saúde (OMS) em países da América do Norte, Europa e, mais recentemente, na América Latina.

A *cidade saudável* é defendida por Mendes (1996) como um projeto estruturante do novo paradigma e sua concepção está ligada ao paradigma da produção social da saúde, sendo entendido como *cidade saudável* aquela onde as políticas públicas se revelam favoráveis à saúde. Essa proposta procura motivar governantes e sociedades, no sentido de melhorar as condições de vida e saúde da população urbana. Ademais, como destaca Andrade (1998, p. 64),

[...] a discussão dos municípios saudáveis **deve pressupor atitudes de ‘despojamento’, por exemplo, do secretário, ao levar as questões da saúde até o gabinete dos governos municipais, buscando evitar constrangimentos políticos frente à amplitude dos desafios intersectoriais** e, também por parte dos próprios prefeitos, no sentido **de transformarem as políticas saudáveis em políticas de cidade e de sociedade, não apenas em políticas de governo** (grifos nossos).

Objetiva-se, a partir do exposto, o desenvolvimento de metodologias em diferentes setores das políticas sociais, no sentido de implementar projetos estratégicos interinstitucionais e intersectoriais, realizando ações nos diversos ambientes, sejam eles: escolas, indústrias, áreas de lazer, etc. A proposta visa transformar as relações excludentes, buscando conciliar os interesses econômicos e de bem-estar social.

Estas são condições apontadas neste artigo para obtenção de saúde e desenvolvimento de cidades, estados e países. O movimento se funda na visão de saúde como qualidade de vida, dando ênfase à participação popular como forma de mobilização e democratização. O compromisso político deve ser valorizado com *“equidade”*, buscando-se transformações nas formas de gestão, nos diferentes níveis de governo, principalmente municipal. (WESTPHAL, 1998).

Partilhando das idéias de Santos e Westphal (1999, p. 82), acreditamos que:

O que ainda vem desafiando os defensores do paradigma da produção social da saúde e do projeto estruturante denominado **Cidades/municípios saudáveis** no Brasil, é que mesmo com varias declarações nacionais e internacionais e das leis que regulamentam o SUS (Ministério da Saúde, 1990), a saúde continua a ser considerada, em cada município, como uma atividade que se refere exclusivamente à doença e, portanto, inserida ainda nos paradigmas **flexneriano, mecanicista e curativista** (grifos dos autores).

São inúmeros os estudos que versam sobre o PSF. Alguns enfatizam seu potencial enquanto estratégia para induzir mudanças no modelo assistencial de atenção de saúde. Outros, menos otimistas, apontam para contradições presentes na efetivação da implantação do programa conduzindo a uma simplificação da atenção básica.

Levcovitz e Garrido (1996), a exemplo de Capistrano Filho (1999), destacam inovações introduzidas pelo PSF, quando instaura novas modalidades de gestão, redefinindo práticas assistenciais. No dizer de Viana e Dal Poz (1998), o PSF provocou alterações positivas, tanto nas modalidades de alocação de recursos, quanto nas formas de financiamento das ações de saúde.

Franco e Merhy (2000) apresentam críticas ao PSF, enfatizando similitudes com as propostas de Medicina Comunitária e de Cuidados Primários, com forte perspectiva racionalizadora de gastos e pouca ênfase na abordagem clínica e na saúde individual. Os autores advertem que os princípios e diretrizes preconizados pelo PSF não seriam suficientes para induzir mudanças necessárias à condução do novo modelo de atenção à saúde. O Programa apresentaria pouco impacto, na reorganização do processo de trabalho em saúde do conjunto dos profissionais que compõem as equipes do PSF, um dos condicionantes para a reorientação do modelo assistencial.

Paim (1996) ressalta o cenário político no qual o PSF surge no Brasil, conduzindo suas análises para a identificação de proposições do programa e suas similitudes com as recomendações das Agências internacionais (FMI e Banco Mundial), de racionalização de gastos públicos, em obediência ao ajuste fiscal. O PSF estaria, na opinião do autor, na contramão do preconizado pela Constituição de 1988 que destaca o princípio da universalidade e não a focalização (cestas básicas) nas populações mais pobres.

A política de focalização, na área de saúde, adotada por organismos internacionais, como o Banco Mundial e o Banco Interamericano de

Desenvolvimento, vem sendo adotada pelos governos brasileiros, a partir dos anos 90 e, no governo atual, ameaça ampliar os bolsões da população desassistida. Na verdade, segundo analisa Barata (1997, p. 3),

A universalização do direito à saúde [...] está em cheque pelas inúmeras propostas de focalização, não só das medidas e dos programas assistenciais, como também das medidas de prevenção e dos programas de promoção. A população é segmentada de acordo com sua inserção social e conseqüente capacidade de se apresentar no mercado competindo por bens e serviços, muitas vezes de qualidade duvidosa. Por esta visão, ao Estado cabe identificar e classificar os mais carentes e apenas a eles dirigir sua políticas, obtendo por meio da focalização a maximização dos resultados. [...] tais políticas não têm demonstrado a efetividade que delas se esperava, passando a se constituir em novos mecanismos de exclusão. A integralidade das ações está constantemente na berlinda, face às inúmeras iniciativas de constituição da chamada cesta básica.

Um dos pontos marcantes no leque das propostas neoliberais está o entendimento de que o mercado e o Estado têm atuações exclusivas, em que o avanço de um significa encolhimento do outro. Nessa direção, por exemplo, deveriam ser retirados das “cestas de serviços” oferecidos pelo SUS aqueles procedimentos de alto custo, os quais deveriam ser buscados no mercado. Trata-se da tentativa de expressar a noção de justiça e equidade como pano de fundo para as políticas sociais de redução dos serviços ofertados. No argumento da justiça e equidade, no entanto, esta prática perde substância, pois se baseia em falsa premissa epidemiológica de que certas doenças, as crônicas, por exemplo, não afetam camadas mais pobres da população.

Propõem-se mudanças de enfoque que desfigure o caráter universalista do modelo brasileiro, adotando-se políticas de focalização, estas sim, capazes de atingir as camadas mais necessitadas da população. Os documentos do Banco Mundial localizam a ação pública no provimento de bens e serviços de alta relação custo/benefício, direcionadas a agravos bem definidos. Os agravos de relação inversa, isto é, de alto custo e benefício restrito, que demandam atenção de nível terciário, seriam providos para o mercado por intermédio de seguros privados (COSTA, 1998).

A experiência de estabelecer prioridades não pode ser confundida “com a negação do princípio da universalidade e do direito como imagem-

objetivo para a sociedade, implícita na proposta de focalização” (BARROS, 1996, p. 9-10). Como destaca a autora, não se pode apoiar mecanismos de restrição de direitos, baseado no argumento de que o “Estado não pode ofertar tudo a todos”. Existem formas de resolver o dilema democraticamente, mediante processos participativos que possibilitem conferir legitimidade às escolhas em cada momento, sem a negação da possibilidade de uma ampliação futura das condições de exercício do direito.

Outro aspecto a ser considerado é a ausência, na maioria dos municípios brasileiros, de uma política de gestão do trabalho, com ênfase na capacitação e valorização salarial de todos os profissionais/trabalhadores da rede e não somente do PSF, o que vem comprometendo avanços na efetivação de um novo modelo. Entendemos que nenhum esforço será suficiente para o desenvolvimento organizacional, se não assegurar uma política de pessoal traduzida na prática por *motivação* – expressão de segurança, de perspectiva de carreira com progressão funcional, de salários e de estímulo ao desenvolvimento dos objetivos e das atividades a serem implementadas. Ressaltamos, também, as tímidas contribuições de iniciativas que articulem o ensino, os serviços e a comunidade na construção do novo modelo.

Comumente ouvimos o apelo por parte de gestores do setor saúde da necessária adequação do profissional/trabalhador ao modelo proposto. Visto desta forma, o dito “modelo” apresenta-se reificado, como uma receita pronta. Raggio e Giacomini (1995) advertem que à visão de modelo deve-se contrapor a visão de processo.

Desse ponto de vista, o modelo, se desejarmos chamá-lo assim, deve ser entendido como uma construção coletiva, ou seja, se configura pela ação de diferentes sujeitos sociais, incluindo aí fundamentalmente: usuários, gestores, profissionais e trabalhadores da saúde.

3 CONCLUSÃO

A viabilidade do PSF e seu fortalecimento enquanto política inovadora de saúde, tendo em vista diferentes racionalidades e interesses que se confrontam, pressupõem rupturas epistemológicas, ideológicas e tecnológicas com reflexos na formação, na prática dos trabalhadores e na interação com os usuários do sistema.

É imperativo, para o Ministério da Saúde, que constitucionalmente tem a função de ordenar a formação da força de trabalho para o SUS, assumir seu papel político de catalisar, orientar, induzir e pressionar, no sentido de as universidades e as unidades de serviço abandonarem o papel, hegemonicamente conservador, que mantém o atual paradigma de saúde no país. Enquanto isso não for mudado, é

impossível pensarmos na sustentabilidade do modelo da estratégia de saúde da família “e muito menos, da possibilidade de que esta estratégia possa vir a introduzir uma mudança global do paradigma e da reestruturação das práticas de saúde no país, na perspectiva da reforma sanitária e do SUS” (RODRIGUES, 1999, p. 51).

Ressaltamos, também, a importância da educação permanente, na formação da força de trabalho voltada para a promoção da saúde, pois “quem forma, conforma, **deforma** os recursos humanos em saúde, são na realidade os locais, as organizações, os serviços onde estes atuam” (PAIM, 1999, p.31, grifo nosso) que, em sua maioria, mantêm ações voltadas para o paradigma tradicional.

Por fim, destacamos, como imprescindível para efetivas conquistas, que os gestores, assim como os demais segmentos sociais, comprometidos com o processo de *Reforma Sanitária*, percebam e denunciem indicadores freqüentemente subestimados e desconsiderados pela agenda política governamental, qual seja: o assustador crescimento de novas formas de pobreza e de exclusão que se expressam no aumento do desemprego, subemprego, precarização de trabalho, perda dos direitos trabalhistas e previdenciários, queda do salário real, dentre outros aspectos. Todos esses problemas decorrem das políticas de ajuste estrutural que vêm sendo adotadas em nosso país, assim como, nos demais países da América Latina, resultado do receituário proposto pelas agências internacionais.

A Reforma de Estado, promovida a partir do Governo Fernando Henrique Cardoso, tem provocado um desmonte sistemático na infraestrutura político-social, sendo os serviços e bens essenciais reduzidos a patamares incompatíveis com as necessidades básicas dos setores crescentes da população. Dessa forma, os governos afastam-se de soluções mais abrangentes e estruturais que a complexa problemática nacional requer. A focalização em programas emergenciais, na maioria dos casos, não tem atingido os efeitos compensatórios, mantendo os grupos focalizados na mesma situação de pobreza (SOARES, 2000).

Como importante estratégia de mudança do modelo tecnoassistencial, o PSF corre o risco de incorrer em certas simplificações ou racionalizações, muito identificadas com o receituário do Banco Mundial. A adoção dessas políticas focalizadas dificulta avanços nas diferentes esferas de governo, correndo o risco de programas, a exemplo do PSF, permanecerem restritos às alternativas *pobres para pobres*, mantendo intocadas as estruturas geradoras das desigualdades sociais e pobreza em nosso país.

Avaliamos que o desafio maior a ser superado reside em se conquistar o entendimento

hegemônico de que os avanços só serão assegurados, se os diferentes segmentos sociais compreenderem que a discussão da estratégia de mudança de “modelo” não deve, como oportunamente evidenciam Raggio e Giacomini (1995, p. 8), se restringir

[...] a treinar pessoal **em novos modelos** que mantenham a essência do historicamente hegemônico e rapidamente se exaurem nos tributos que lhe prestam. Mais do que isso, trata-se de habilitar prestadores, gestores e usuários para que se tornem sujeitos de um processo de construção. **Porque determinante do futuro imediato, é o modo como os atores se relacionam no presente, que persiste em reproduzir a visão de modelo hegemônico** (grifos nossos).

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. M.. Mesa redonda: Municípios saudáveis: Construindo uma proposta de atenção à saúde. In: **Relatório do XIV Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde**. Goiânia: CONASEMS, nov., 1998.
- BARATA, R. B. A saúde é responsabilidade do estado contemporâneo. **Revista Tema**, n. 15, Projeto RADIS, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, out., 1997.
- BARROS, E. Política de saúde no Brasil – universalização tardia como possibilidade de construção do novo. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 01, 1996.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Promoção à saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide**, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá, Brasília, 1996.
- BUSS, P. Mesa redonda: Municípios saudáveis: Construindo uma proposta de atenção à saúde. In: **Relatório do XIV Congresso Nacional de Secretários Municipais de saúde**. Goiânia, CONASEMS, nov. 1998.
- CAPISTRANO, F. D. O Programa de Saúde da Família em São Paulo. **Revista da USP Estudos avançados - Dossiê Saúde Pública**. vol.13, n. 35, São Paulo, jan./abril, 1999.
- CHIAVENATO, I. **Administração - Teoria, Processo e Prática**. São Paulo: Mc Graaw-Hill, 1985.
- CORDEIRO, H.. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. **Cadernos Saúde da Família**. Ano I. n. 1, Ministério da Saúde. Brasília, jan./jun. 1996.
- COSTA, N. R. Políticas públicas, justiça distributiva e inovação - saúde e saneamento na agenda social., **Coleção Saúde em Debate**, n. 12, São Paulo: HUCITEC, 1998.
- DEVER, G.E.A. **A Epidemiologia na Administração dos Serviços de Saúde**, São Paulo: Editora Pioneira, 1988.
- FLEURY, S. M. (Org). **Saúde e democracia - A luta do CEBES**, Rio de Janeiro: LEMOS, 1997.
- FRANCO, T.; MERHY, E. E. **PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial**. 2000. mimeografado.
- LEVCOVITZ, E. ; GARRIDO, N. G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. **Cadernos de Saúde da Família – Construindo um Novo Modelo**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- MEHRY, E. E; CECILIO, L.C.O.; NOGUEIRA, F.R.C. Por um modelo técnico assistencial da política de saúde em defesa da vida; contribuição para as Conferências de Saúde. **Revista Saúde em Debate**, n. 33, p.83-9. Londrina, 1991.
- MENDES, E.V. Mesa redonda: saúde e qualidade de vida. **Espaço para a Saúde**. vol. 4, n. 4., Paraná, 1995.
- _____. **Uma agenda para a saúde**. 3. ed.. São Paulo: Hucitec, 1996.
- PAIM, J. Políticas de saúde no Brasil ou recusando o apartheid sanitário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, 1996.
- _____. O programa de saúde da família no contexto do sistema único de saúde. In: **Relatório Final do I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família**, Brasília, Ministério da Saúde, 1999.
- RAGGIO, A. ; GIACOMINI, C. H. Sistema Único de Saúde; propósitos e processo social de construção. **Espaço para a Saúde**, Curitiba, UNESCO, v. 4, n. 4., 1995.
- RODRIGUES, N, E. Experiências internacionais em saúde da família. In: LESBAUPIN, Ivo (Org.). **O desmonte da nação-balanço do governo FHC**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.
- SANTOS, J. L.; WESTPHAL M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. In: **Dossiê Saúde Pública, Revista Estudos Avançados**, v. 13, n. 35, jan/abril, 1999.

SILVA JÚNIOR. A. G. **Modelos Técnico-assistenciais em Saúde. O debate no campo da saúde coletiva.** São Paulo : HUCITEC, 1998.

SILVA, M. A. **O programa médico de família como estratégia de um novo modelo assistencial;** a experiência do município de Niterói-RJ. Rio de Janeiro, 1998. Monografia (Curso de Especialização da Faculdade de Serviço Social/UERJ), Rio de Janeiro, 1998. mimeografado.

SOARES, L. T. Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina. **Coleção – Questão Social de nossa época.**, n. 78, São Paulo, 2000.

VIANA, A. L. ; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, 1988.

WESTPHAL, M. F. Cidades saudáveis; a formação de uma rede brasileira. **Jornal do CONASEMS**, ago., 1998. edição especial.

Claudia Santos Martiniano

Enfermeira; Mestre em Saúde Coletiva pela UEPb Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba; Membro do Grupo de Estudo, Pesquisa e Assessoria em Políticas Sociais (GEAPS)

E-mail: cmartiniano@ibest.com.br

Jordeana Davi

Assistente Social, Doutora em Serviço Social pela UEPb, Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba e Coordenadora do Grupo de Estudo, Pesquisa e Assessoria em Políticas Sociais (GEAPS)

E-mail: jordeana@ig.com.br

Márcia Santos Martiniano

Assistente Social; membro do Grupo de Estudo, Pesquisa e Assessoria em Políticas Sociais (GEAPS)

E-mail: msmartiniano@ibest.com.br

Teresa Cristina Péret

Assistente Social Sanitarista da Universidade Federal de Campina Grande-PB; Mestre em Serviço Social (PUC Rio) e Membro do Grupo de Estudo, Pesquisa e Assessoria em Políticas Sociais (GEAPS)

E-mail: tcperet@uol.com.br

Rosana Batista Farias Leite

Psicóloga; Mestre em Saúde Coletiva pela UEPb, Professora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande.

E-mail: rosanaifleite@uol.com.br

Universidade Estadual da Paraíba - UEPb

Av. das Baraúnas, 351 - Campus Universitário
Campina Grande - PB
CEP: 58109-753

Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Rua Aprígio Veloso, 882 - Bairro Universitário
Campina Grande
CEP: 54429-900